

保険者に対する調査等に係る同意書

[対象児童の氏名]

子ども医療の対象となる児童 _____ の
令和_____年____月から令和_____年____月までの診療分について、
飯能市が下記保険者に高額療養費等の算定に関して必要な調査をする
ことに同意します。

記

[保険者名] _____		全国健康保険協会
		健 康 保 険 組 合
		共 済 組 合
		国 保 組 合

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 飯 能 市 長

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ 印